



İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu	İO.FR.06
Yayın Tarihi	01.08.2017
Revizyon Numarası	1
Revizyon Tarihi	08.08.2022
Sayfa Numarası	1

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.	GİZLİLİK TALEBİ VAR MI *?		EYET	HAYIR	Hayır ise Adı Soyadı	Çalıştığı Birim	
	OLAYIN KONUSU*	OLAY KİMLE İLGİLİ*					
		Hasta Güvenliği <input type="checkbox"/>			Çalışan Güvenliği <input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	Radyasyon Güvenliği	<input type="checkbox"/>	Risk Değerlendirme Skorlarının Kullanımı	<input type="checkbox"/>	Kesici-Delici Alet Yaralanması
		<input type="checkbox"/>	Bilgi Güvenliği	<input type="checkbox"/>	Diğer.....	<input type="checkbox"/>	Kan ve Vücut Sıvı Sıçramaları
		<input type="checkbox"/>	Tesis Güvenliği	<input type="checkbox"/>	Labotaruvar Hataları	<input type="checkbox"/>	Düşme
		<input type="checkbox"/>	Hasta Mahremiyeti	<input type="checkbox"/>	Cerrahi Hatalar	<input type="checkbox"/>	Radyasyon Güvenliği
		<input type="checkbox"/>	Transfüzyon Güvenliği	<input type="checkbox"/>	İlaç Hataları	<input type="checkbox"/>	Bilgi Güvenliği
		<input type="checkbox"/>	Güvenli Hasta Teslimi	Hata sınıflandırma bildirimlerinde ayrıca hata sınıflandırma formlarının da doldurulması gerekmektedir.		<input type="checkbox"/>	Tesis Güvenliği
		<input type="checkbox"/>	Enfeksiyonların Önlenmesi			<input type="checkbox"/>	Adli Olaylar
<input type="checkbox"/>		Hasta Kimliklendirilmesi	<input type="checkbox"/>			Tıbbi Cihaz-Malzeme Güvenliği	
<input type="checkbox"/>	Hasta Transferi	<input type="checkbox"/>	Enfeksiyonların Önlenmesi				
<input type="checkbox"/>	Düşme	<input type="checkbox"/>	Ergonomik Çalışma Ortamı				
<input type="checkbox"/>	Tıbbi Cihaz-Malzeme Güvenliği	<input type="checkbox"/>	Diğer.....	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Hasta Bilgilendirme ve Rıza Alınması	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Olayın gerçekleştiği yer* :							
Olayın gerçekleştiği zaman aralığı* :							
OLAYIN ANLATILMASI* :							
OLAYA İLİŞKİN VARSA GÖRÜŞ VE ÖNERİLER (İyileştirme çalışmalarında öneri ve görüşleriniz dikkate alınacağından lütfen belirtiniz.) :							

Bildirim Sisteminde Temel Kurallar		1. Bildirim formunda yer alan(*) işaretli alanların doldurulması zorunlu olup diğer alanların doldurulması ise ihtiyaridir. 2. Olay ile ilgili olan çalışanların ve hastaların isimleri kullanılmamalıdır.İsim belirtilmesi durumunda bildirimler değerlendirilmeye alınmamaktadır.					
ANALİZ VE RAPORLAMA SÜRECİ SORUMLULARI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.	Bildirim Formunun Değerlendirmesi	OLAY SIRA NO:	HSS İŞE HATA TÜRÜ VE KODU:				
		HSS İşe Hata Kodu	Değerlendirmeye Alınmadı. <input type="checkbox"/>		Değerlendirmeye Alındı. <input type="checkbox"/>		Değerlendiren Kalite Yönetim Direktörü
		Hukuka Yansıyan Olay <input type="checkbox"/>	Ramak Kala <input type="checkbox"/>	Gerçekleşen Olay <input type="checkbox"/>			
		YAPILACAK/PLANLANAN FAALİYET					
		Düzeltilici Faaliyet <input type="checkbox"/>	Önleyici Faaliyet <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
		Açıklama:					
		Raporlama Sorumlusu Kalite Yönetim Direktörü			Raporların Paylaşılacağı Kişiler		